

RETABLISSEMENT DE CONTINUITÉ SOUS LAPAROSCOPIE APRES HARTMANN POUR VOLVULUS DU SIGMOÏDE.

Sanogo ZZ*, Doumbia D**, Yena S*, Diallo A**, Sangaré D*, Bégin GF***, Soumaré S*.

*service de chirurgie « A » ; **service d'anesthésie-réanimation - hôpital du Point G. Bamako ;

***mission de compagnonnage, DIJON, FRANCE.

Correspondances : sanogozz@yahoo.fr Hôpital du POINT G Bamako, BP 333, Mali

Résumé : les auteurs rapportent le résultat de leur première expérience de rétablissement de continuité colique coelio-assistée après une stomie pour volvulus du sigmoïde chez un patient de 29 ans. La réalisation technique de l'intervention a bénéficié du compagnonnage de l'équipe de Dijon (France). Depuis sa création en 2001 le centre de coelio chirurgie de Bamako au MALI bénéficie d'un tel soutien. Techniquement un décollement de l'angle colique gauche des ses attaches gastrospléniques, pancréatique et du fascia de TOLD gauche a été nécessaire. L'anastomose a été mécanique extra corporelle par mini laparotomie pelvienne. La durée de l'intervention a été de 76 min. Les suites opératoires ont été simples. La durée du séjour hospitalier a été de 7 jours contre 10 en cas de rétablissement de continuité classique dans le service. Ce rétablissement de continuité coelio-assisté marque le début de la chirurgie colique au jeune centre de Bamako.

Mots clés : *coeliouchirurgie rétablissement de continuité, colon.*

Summary: LAPAROSCOPIC HARTMANN'S REVERSAL PROCEDURE AFTER VOLVULUS OF THE SIGMOID.

the authors report the result of their first experiment of re-establishment of continuity colic coelio-assisted after a stomy for volvulus of sigmoid at a 29 year old patient. The technical realization of the intervention profited from the trade-guild of a team from Dijon (France). Since its creation in 2001 the center of coelio surgery of Bamako in MALI profits from such a support. Technically an separation of the left as of the its gastrosplenic fasteners , pancreatic angle colic and fascia of left TOLD were necessary. Anastomosis was mechanical extra body by minis the pelvic parotomy. The duration of the intervention was of 76 min. The operational continuations were simple. The duration of the hospital stay was 7 days against 10 in the event of traditional re-establishment of continuity in the service. This re-establishment of continuity coelio-assisted mark the beginning of the surgery colic with the young center of Bamako.

Key words: *Laparoscopic, re-establishment of continuity, colon.*

Introduction:

la mise en place d'une stomie pour volvulus du sigmoïde est une pratique fréquente dans notre contexte d'exercice. Cette pathologie est l'une des premières causes d'urgence à l'Hôpital du Point G. Une deuxième laparotomie est nécessaire pour le rétablissement de la continuité colique. La coeliouchirurgie offre une possibilité de rétablir la continuité sans laparotomie et minimise la morbidité liée à une nouvelle laparotomie [1]. Le cas clinique ici rapporté offrait l'indication de la mise en place d'une stomie à la première intervention. Une résection segmentaire était effectuée et le moignon rectal fermé. Le malade était repris sous coeliouchirurgie après un bilan pré opératoire et une consultation anesthésique le classant ASA I. Un abaissement de l'angle colique gauche était nécessaire ainsi que la réalisation de l'anastomose par mini laparotomie et pinces mécaniques. La réalisation technique avec le compagnonnage de l'équipe de Dijon a été simple sans complication. Les suites opératoires ont été simples. Cette technique pourrait s'imposer dans les cas de rétablissement de continuité après résection sigmoïdienne classique pour volvulus.

OBSERVATION CLINIQUE :

T.A., 29 ans, chauffeur consultait sur rendez vous dans le service pour rétablissement de continuité colique courant 2001. Il avait été admis en urgence dans le service 8 semaines auparavant pour volvulus du sigmoïde avec nécrose colique et opéré (laparotomie médiane sus et sous ombilicale). La stomie s'imposait pour raison de septicité intrapéritonéale. Le moignon distal était fermé, celui proximal était alors abouché à la peau dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen physique une prise de poids de 4 kg était enregistrée (49 kg à la sortie après première hospitalisation et 53 kg au retour en hospitalisation). La tension artérielle était normale à 120/80 mmHg et le pouls régulier à 68 battements/min.

L'examen de l'abdomen découvrait un orifice péri stomial sans irritation, sans prolapsus et sans hernie. La cicatrice de laparotomie sus et sous ombilicale ne présentait aucune particularité.

La consultation anesthésique classait le malade ASA I.

La chirurgie de rétablissement de continuité par coeliouchirurgie était programmée.

Sous anesthésie générale et monitoring le malade était installé en décubitus dorsal avec les jambes écartées sur jambières et fléchies à

30°; permettant un accès à la région péri anale.

Le premier trocart à bout mousse de 10 mm était placé par un orifice « d'open » laparotomie para ombilical droit.

Après création du pneumopéritoine à 12 mmHg, les 2^{ème} et 3^{ème} trocarts de 5 mm étaient placés dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque droite, et en sus pubien un 4^{ème} trocart de 10mm.

L'opérateur se positionnait à droite du malade avec le premier aide à sa gauche et le deuxième aide entre les jambes du malade.

Après adhésiolyse abdomino pariétale dans l'hypochondre gauche et la fosse iliaque gauche, l'angle colique gauche était libéré progressivement de ses attaches après ouverture de la gouttière pariéto-colique gauche par section des ligaments phrénico-colique gauche, colo-épiplœique gauche. Le moignon colique caudal était repéré et disséqué. L'exsufflation du pneumopéritoine était suivie de la désinsertion du moignon colique proximal.

Une mini laparotomie était réalisée dans la fosse iliaque gauche par laquelle les deux moignons étaient extériorisés pour l'anastomose à l'aide des pinces GIA et TA. Le colon était réintégré et la mini laparotomie fermée plan par plan par du fil résorbable. L'orifice de passage de la stomie dans la fosse iliaque gauche était fermé.

Le champ opératoire laparoscopique était crée à nouveau et la cavité abdominale était lavée puis drainée par l'orifice de la fosse iliaque droite. Tous les trocarts étaient retirés. Une dilatation anale à trois doigts achevait l'intervention.

Les suites opératoires ont été simples. Le transit digestif reprenait à J3. L'alimentation liquide d'abord ensuite solide était autorisée. L'antibiothérapie au métronidazole 1,5 g/24h et ciprofloxacine 200mg 2 fois/24h continuait jusqu'à J10.

DISCUSSION :

La chirurgie laparoscopique offre depuis son introduction dans notre pays un éventail d'indications plus large. L'opération de Hartmann jusqu'en 1993 appelait dans la plus part des cas une deuxième intervention, classiquement une laparotomie pour le rétablissement de la continuité intestinale. GOREY et al [2] ont effectué le premier rétablissement de continuité laparoscopique et depuis cette technique est courante en coeliochirurgie.

En chirurgie digestive dans notre contexte l'intervention de Hartmann est très souvent pratiquée en raison du retard à la première consultation. Dans nos pays les malades présentant un volvulus du sigmoïde sont vus en phase de nécrose imposant très souvent la mise en place d'un anus iliaque. Elle reste cependant une technique coeliochirurgicale très difficile.

Le taux de succès (70%) dépend des séquelles inflammatoires au moment de la ré intervention [3].

Les indications de la coeliochirurgie comprennent tous les rétablissements de continuité digestive lorsque la fonction sphinctérienne anale est normale. L'indication majeure pour nous reste l'intervention de Hartmann pour volvulus du sigmoïde.

Les contre indications sont celles de toute anesthésie générale: insuffisance cardio-respiratoire, états de choc.

La technique [4, 5] comme pour le rétablissement de continuité en chirurgie conventionnelle exige une bonne préparation colique. Pour cela nous effectuons des lavements évacuateurs à l'eau tiède la veille de l'intervention (matin et soir). Aucune perfusion ou antibiothérapie n'est prodiguée la veille.

Le malade est installé en décubitus dorsal, les membres inférieurs écartés et fléchis sur jambière à 15°.

Les trocarts:

- un trocart de 10 mm (optique 0°) est placé à l'ombilic suivi de 4 autres : 10mm dans l'hypochondre droit, fosse iliaque droite (5mm), hypochondre gauche (5mm),
- Variantes techniques : 5^{ème} trocart de 10 ou 5 mm sus pubien, selon la morphologie du patient.
- Il s'agit de réaliser une anastomose entre le colon proximal et le moignon rectal.

Les adhérences viscérales abdominales et pelviennes souvent fréquentes sont les premières difficultés.

Le premier temps de la technique après installation des trocarts est l'exploration qui situe les difficultés de l'intervention car une adhésiolyse viscérale, abdomino-pariétale et pelvienne peut être nécessaire. Le moignon rectal est ensuite repéré et disséqué. La libération de l'angle colique gauche peut s'avérer utile lorsque le moignon proximal paraît court. La libération de la colostomie est un temps extra abdominal pendant lequel le pneumopéritoine est vidé. Une pince agrafeuse circulaire peut faciliter la réalisation de l'anastomose. L'enclume de la pince en extra abdominale est introduite et fixée à l'aide d'une bourse dans le moignon proximal avant sa réintégration péritonéale. Le moignon rectal est intubé en transanal avec la pince agrafeuse circulaire.

Cette technique opératoire de rétablissement de continuité per laparoscopique offre l'avantage de petites incisions donc une baisse de la morbidité et de la mortalité [7]. Notre patient en postopératoire a reçu le jour de l'intervention 3 ampoules de métamizole. A J2 aucun besoin d'antalgique n'a été manifesté. Les premiers pansements des plaies des trocarts et de la mini laparotomie ont été effectués à J4. L'alimentation à la reprise du transit a commencé le même jour.

Le taux de morbidité dans les cas de rétablissement de continuité en chirurgie

conventionnelle varie de 10 à 24%, soit 10% de hernies (éventration) selon Khoury & al [1]. Selon les mêmes auteurs la mortalité dans les mêmes conditions est de 2%.

La coeliochirurgie de rétablissement de continuité après procédure de Hartmann a un taux de mortalité de 0% [1]. L'orifice pariétal de passage de la stomie est fermé plan par plan et le pneumopéritoine recrée. L'anastomose à la pince agrafeuse est réalisée sous la vision.

Le problème du moignon rectal trop long est résolu par une résection à l'aide d'une pince linéaire agrafeuse ENDO GIA. Nous ne disposons pas de pince agrafeuse circulaire, ce qui nous oblige à réaliser l'anastomose par mini laparotomie transversale dans la fosse iliaque gauche. Le toilettage péritonéal suivi de la mise en place d'un drain dans le Douglas achève l'intervention. La durée de l'intervention a été de 76 min et celle de l'anesthésie 96 min.

La coeliochirurgie exige habituellement un sacrifice quant au temps de préparation et d'intervention. Ce sacrifice de temps est rattrapé par une durée d'hospitalisation plus courte et le confort pour le malade. Pour une première et pour une équipe débutante cette durée opératoire de 76 min paraît acceptable. La durée totale d'hospitalisation de 8 jours était en dessous de celle pour rétablissement de continuité pour chirurgie conventionnelle.

La reprise des activités physiques a été possible après 4 semaines. Après une année, aucun élément de morbidité n'était noté chez le patient, confirmant la juste indication de la coelio assistance.

Conclusion:

Le rétablissement de la continuité après intervention de Hartmann en particulier pour

volvulus du sigmoïde est une bonne indication pour la coeliochirurgie même dans les jeunes centres de coeliochirurgie. Il convient d'y penser à la première intervention en laissant des moignons longs si possible, ce qui faciliterait le deuxième acte opératoire, le rétablissement de continuité.

REFERENCES

- 1-Khoury, Douglas A, Beck MD, David E, et al.** Colostomy closure. Ochsner clinic experience 1996; 39(6):605-09.
- 2-Gorey TF, O'Connell PR, Waldron D et al.** Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure. Br J Surg 1993; 80(1): 109.
- 3-Kirshtein B, Roy-Shapira A, Lantsberg L, Mandel S, Ayinoah E.** The use of laparoscopy in abdominal emergencies. Surg Endosc 2003; 17(7): 1118-24
- 4- Anderson CA, Fowler DL, White S, et al.** Laparoscopic colostomy closure. Surg Laparosc Endosc 1993; 3:69 -72.
- 5- Costantino GN, Mukalian GG.** Laparoscopic reversal of Hartmann procedure. J Laparoendosc Surg 1994; 4:429-33.
- 6-Vacher C, Zaghoul R, Borie F, Laporte S, Callafe R, Shawinski P, Leynau G, Domergue J.** Laparoscopic re-establishment of digestive continuity following Hartmann's procedure. Retrospective study of the French Society of Endoscopic Surgery. Ann Surg 2002; 127(3):189-92.
- 7-Dwivedi A, Chalin F, Agrawal S, Chaw Y, Tootla A, Tootla F, Silva YJ.** Laparoscopic colectomy vs open colectomy for sigmoid diverticular disease. Dis Colon Rectum 2002; 45(10): 1309-14